Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO
FORMATO NECESIDAD DE PERSONAL

CÓDIGO: AP-TH-FT-012
VERSIÓN: 04
FECHA: 2018-07-10

FECHA	2019	01	02

1. INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA SOLICITANTE

UNIDAD SOLICITANTE	**PROCESO: (área- servicio o dependencia)**	**NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD**	**NÚMERO DE PERSONAS REQUERIDAS**	**PERFIL U OBJETO DEL CONTRATO DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD**
SAN BLAS	TRASLADOS SECUNDARIOS	LUZ GUISELLE LINARES JIMENEZ	1	ENFERMERO CÓDIGO 243 GRADO 20

2. REQUISITOS DEL PERFIL PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL SOLICITADO

ACTIVIDAD SOLICITADA	**PROFESIÓN U OFICIO**	**NIVEL EDUCATIVO**	**TIEMPO DE EXPERIENCIA**
AUXILIAR ENFERMERIA	AUXILIAR ENFERMERIA	AUXILIAR Y/O TECNICO	CERO (0) A UN (1) AÑO

3. VALOR HONORARIOS

VALOR HORA	**NRO HORAS PROMEDIO MES**	**HONORARIOS FIJOS**
$ 8470	**186**	

4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE AMBULANCIAS BASICAS Y/O MEDICALIZADAS PARA TRASLADOS SECUNDARIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

DURACIÓN: SEIS (6) MESES

JUSTIFICACION: La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., presta servicios de salud cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad) acorde con la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015, las cuales tienen como fin primordial garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud a los usuarios. Con el propósito de dar cumplimiento a las funciones encomendadas por ley, la Subred adelanta los procesos contractuales respectivos con el fin de coadyuvar al cumplimiento de la misión institucional. En atención a lo anterior se requiere la contratación de personal técnico laboral y profesional para dar continuidad al desarrollo de los procesos asistenciales con criterios de calidad y poder cumplir con los convenios y contratos suscritos con las diferentes entidades responsables de pago.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS: 1. Realizar el cuidado y atención del paciente durante el traslado primario y/o secundario priorizado. Realizar la atención y manejo del paciente de acuerdo a las instrucciones dadas por el médico de la ambulancia o médico regulador de DCRUE y ajustándose a las Guias de atención pre hospitalaria 2. Realizar evaluación, monitoreo y manejo inicial del paciente 3. Realizar reporte de información continua al centro operativo del estado del paciente 4. Recolectar los elementos de prueba y participar en la cadena de custodia de los mismos 5. Cumplir con los protocolos tanto distritales del sistema de emergencia como los propios de la institución 6. Responder en forma inmediata a las solicitudes realizadas por la dirección del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias 7. Permitir al grupo de gestores de atención pre hospitalaria y el grupo de mejoramiento la revisión de los estándares de habilitación las veces que sea requeridas 8. Mantener comunicación permanente de la unidad móvil con la Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, por medio del equipo de radio comunicaciones, buscando optimizar la prestación del servicio de salud para lo cual todos los desplazamientos, información necesaria deben ser reportados y autorizados por el DCRUE 9. Propender por la seguridad del paciente utilizando las técnicas adecuadas de movilización, inmovilización y aseguramiento dentro del vehículo 10. Diligenciar completamente la historia clínica y registros clínicos en el formato definido y unificado por la Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias para la atención de los pacientes atendidos y/o trasladados y entregar copia de ella a la entidad prestadora de servicio de salud a donde se traslada el paciente, entregar el original en la institución para que se garantice la custodia de los documentos, cumpliendo las directrices para el manejo de documentos don reserva legal 11. Reportar a la DCRUE todas las novedades relacionadas con los incidentes y los traslados de los pacientes al destino indicado por el medico regulador del DCRUE 12. Llevar registro de todos los despachos, valoraciones y/o traslados de todos los pacientes, en el instrumento entregado para tal fin 13. Entregar historias clínicas de todas las atenciones realizadas y la bitácora de registro de los despachos foliados 14. Recibir y entregar turno de acuerdo al protocolo de recibo y entrega de turno verificando equipos, insumos pendientes e informado las novedades presentadas, haciendo el registro en el libro entregado para tal fin 15. Realizar la limpieza recurrente, limpieza para entrega de turno y limpieza terminal, según protocolo de aseo y desinfección de ambulancia y realizar el manejo de los residuos hospitalarios 16. Mantener todos los inventarios de insumos, medicamentos y demás elementos para la adecuada atención de los pacientes se encuentre actualizado en la ambulancia. Tener rotulados todos los elementos, equipos medicamentos e insumos médico quirúrgicos con el código de la ambulancia y la placa de esta, lo mismo estar actualizada la semaforización de medicamentos e insumos médico quirúrgicos según normas establecidas por los protocolos 17. Responder por los equipos biomédicos y demás elementos inventariados en la ambulancia para la atención de los pacientes en cada turno 18. Diligenciar el aplicativo del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de la Secretaria Distrital de Salud de todos los despachos realizados para la Atención pre hospitalaria en el mes, el cual debe estar completo a más tardar los primeros cinco dias del mes siguiente 19. Reclamar y entregar a esterilización los materiales, equipo instrumental que requiera el proceso de esterilización 20. Diligenciar en todos los pacientes valorados que están involucrados en accidente de tránsito la historia clínica, furias, furtrans y sacar copias de documentos del vehículo implicado (seguro obligatorio y tarjeta de propiedad) 21. Porte de uniforme institucional de manera adecuada y decorosa 22. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales 23. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para la provisión del respectivo reemplazo.

NOTA: Todos los campos son de obligatorio diligenciamiento, en caso contrario será devuelta la solicitud. Las firmas deben ser recogidas en el siguiente orden: Responsable del requerimiento, Profesional Especializado de Talento humano, Subgerente y Ordenador del gasto

5. APROBACION DE LA SOLICITUD

LUZ GUISELLE LINARES JIMENEZ

DAISY MERCEDES BORRERO CAMPOS

FIRMA ORDENADOR DEL GASTO

El suscrito Director Operativo del área de talento humano certifica que en la planta de personal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, no cuenta con el personal suficiente y/o requerido para el desarrollo de las actividades y objeto señalados en la presente solicitud.

Director Operativo de Talento Humano

6. ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL ÁREA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICACIÒN

RECIBIDO POR:		**FECHA DE RECEPCIÓN**	AÑO	MES	DIA
ARGO		**CONSECUTIVO CONTRATACIÓN**			

7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

☐	**NUEVO:**	1. PLAN DE ADQUISICIONES PENDIENTE POR CONTRATAR: SI ☐ NO ☐		
		2. CONVENIO:		
☐	**REEMPLAZA A:**	**NOMBRE:** **CÉDULA:** **NÚMERO DE CONTRATO:**	VoBo Presupuesto (Liberación de saldo)	VoBo Contratación (Presentación novedad)
☐	**NOVEDAD POR SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE PERSONAL DE PLANTA:**			

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-
VERSIÓN: 06
FECHA: 2018-10-0

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		FECHA:		Nº FOLIOS:	
NOMBRE DEL CANDIDATO:	Yesmy Gomez.	DOCUMENTO:	1024541142.		
TELEFONO:		ACTIVIDAD SOLICITADA:	Aux. Enfermeria		

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

	NECESIDAD DE PERSONAL OPS					
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI		NO		

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI				P.
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI	X			
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI				P. Firmar
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI				P. Firmar
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI		N/A		P.
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	X	N/A		
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	X	NO		
8	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06930 del 15 de mayo de 2015)	SI		N/A	X	
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	X	N/A		
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI	X	N/A		
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	X			
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU 8692.	SI	X			
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	X			
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI		N/A	X	
15	TARJETA PROFESIONAL	SI		N/A	X	
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	X	N/A		
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	X	N/A		
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI		N/A	X	
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	X	N/A		
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	X			
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)	SI	X	N/A		
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI		N/A	X	
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citohistotecnologo,Citotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI		N/A	X	
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	X	N/A		
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI		N/A		
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI		N/A	X	
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI		N/A	X	
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI		N/A	X	
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI				P. Huella.
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: _____	SI				
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	SI				
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: _____ Seguros Bolivar	SI	X			
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI				
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X			
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X			
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X			
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta)	SI				P.

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°B° Responsable Talento Humano	Stella Pine	Fecha:	
V°B° Dirección Talento Humano	Norma Flores Ma	Fecha:	

Desordenada.